

お子様の健康記録

記入年月日 年 月 日

(フリガナ) お名前	男・女 生年月日	年 月	血液型 日生 (満 才 ヶ月)
自宅住所 〒		自宅電話 ()	保護者様携帯番号 ()
緊急連絡先 (必ずご記入下さい)		Tel ()	予約の確認及び変更等のご連絡に 使用させていただきます。
幼稚園・小学校名 ()		保護者様の職業 ()	
世帯主名 (又は保護者)	職業	連絡先	
お父さんの氏名 :	年齢	才	現在の虫歯の状態 : <u>多い・少ない・なし</u>
お母さんの氏名 :	年齢	才	現在の虫歯の状態 : <u>多い・少ない・なし</u>
通院に便利な 曜日と時間帯	月	火	水 木 金 土
当医院をどのようにして () 知りましたか?			
紹介者のお名前 (姓名) ※ご家族でもご記入ください			
ご紹介者にお礼のハガキを送ってもよろしいですか?		はい ・ いいえ	

※コンピューターの音声での予約時間を前日にお知らせしています。必要でない方は、受付までお申し付け下さい。

1. どうなさいましたか?

左上	上前	右上	虫歯が気になる ・ 歯肉が腫れている ・ 歯がグラグラする 歯並びが気になる ・ 痛みがある ・ 歯の検診を受けたい その他 ()
左下	下前	右下	

2. お子様はかつてペニシリンその他の抗生物質の治療を受けたことはありますか? ある・ない
薬を飲んだり注射して、気持ち悪くなったり湿疹ができたことはありますか? ある・ない

3. 出血が止まりにくかったことはありますか? ある・ない

4. 現在お子様の健康状態はいかがですか? 良好・普通・不良

5. 現在お子様は他のお医者さんにかかっていますか? いる・いない

お医者さんの名前 住所
どんな病気? Tel

6. 次の病気にかかったことはありますか? あれば何才頃ですか?

病名	年齢	病名	年齢	病名	年齢
心臓疾患	()	血液疾患	()	麻疹	()
呼吸器疾患	()	糖尿病	()	その他	()
胃腸疾患	()	自家中毒	()		
腎臓疾患	()	リウマチ熱	()		

7. えづきやすいですか? はい・いいえ

8. 治療終了後、定期検診を希望しますか? する・しない

9. 以前、歯医者さんにかかったことがありますか? ある・ない

いつ頃? 年 月 日 (医院名)

10. 次にあげるお子様の性格のうち、該当する項目がありましたら○印で囲んでください。

- ・聞き分けが良い・反抗的
- ・友達付き合いが良い・悪い
- ・勇気がある・恐怖心が強い
- ・落ち着きがある・あわてる
- ・おとなしい・乱暴
- ・気が強い・泣き虫

11. お子様の習癖 ある・ない

- 指をくわえる
- 口唇を吸う
- 口唇を噛む
- 爪を噛む
- 歯軋りをする
- 口で呼吸をする
- その他 ()

12. 1日何回歯を磨きますか? 0回・1回・2回・3回

子供に歯ブラシの指導を? 望む・しなくて良い

13. 間食はどんなものを与えますか?

- アメ・ビスケット・せんべい・チョコレート・ガム・その他 ()
- ジュース類・天然果汁・コーラ・サイダー・カルピス・ヤクルト・ヨーグルト
- 牛乳・ポカリスエット等
- 1日 _____ 回位

14. 虫歯の予防処置をしたことがありますか? ない・ある (____年 ____月頃)

15. 診療についての希望・要望

- ・
- ・
- ・
- ・

16. 本質問用紙の記入者名 () 本人との関係 ()

17. その他、ご希望があればお書き下さい。